

Changement du compte bancaire pour prestataires

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli, signé et accompagné d'un RIB
à l'adresse courriel suivante: gefo.cns@secu.lu

Nom(s) et prénom du demandeur:

Matricule sécurité sociale lux.:

Profession:

Adresse professionnelle: Numéro et rue:

Code postal et localité: L-

Téléphone: +352

E-mail:

Code prestataire:

Compte CCP ou bancaire – IBAN:

Le signataire de la présente déclare que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

**La demande de changement de compte bancaire doit
être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB)
établi par l'institut financier.**

Sans ce document, la demande ne pourra être
prise en compte.

Date d'effet du nouveau compte: ____ / ____ / 20 ____

Remarques:

.....

Date, cachet et signature